

## FRÅ PASIENTTILFREDSHEIT TIL PASIENTERFARINGAR

Ein presentasjon av eit utval teoriar som tek føre seg psykososiale forhold som får tyding for pasienten si avkryssing ved brukarundersøkingar.

---

### ABSTRACT:

*This article presents a selection of theories that examine the socio-psychological factors that affect the patient's evaluation of the health service. The selection of theories is based on searches in Medline, Cinahl and Sociological abstract. One of the main criticisms of patient satisfaction research has been the insufficient theoretical grounding of the concept of patient satisfaction, and also the lack of research on how the patients carry out evaluations of the health service. The theories presented in this article take the consequence of this critique and try to contribute to a theoretical grounding on how patients evaluate health service. The article distinguishes between theories which relate to the concept of patient satisfaction, and theories which claim that the concept does not capture the complexity of patient's experiences and evaluations. It further discusses the differences between these two types of theories and the methodological implications they suggest, partly in light of Norwegian data.*

---

Stud.med. Sigrun Å. Skarstad, kull H00  
Studentoppgåve ved medisinsk embetsstudium hausten 2005  
Universitetet i Oslo.

## **INNHALD:**

### **1. Introduksjon**

- 1.2 Motivasjon for val av problemstilling.....s. 3-5
  - 1.2.1 Personleg motivering..... s. 3
  - 1.2.2 Aktualitet..... s. 3-4
- 1.3 Om brukarundersøkingar ..... s. 4-5

### **2. Metode**

- 2.1 Artiklar som vart inkludert .....s. 5
- 2.2 Artiklar som vart ekskludert..... s. 5
- 2.3 Kommentar til metode..... s. 5-6

### **3. Teoriar som tek for seg psykososialeforhold som får tyding ved pasienten sin evaluering av helsetenesta**

- 3.1 Teoriar som tek utgangspunkt i pasienttilfredsheitsomgrepet..... s. 6-8
  - 3.1.1 Linder Pelz: Verdi-forventingsmodell og andre modellar for tilfredsheit.....s. 6-7
  - 3.1.2 Pascoe: Kritikk av vektlegginga av det emosjonelle hjå Linder Pelz..... s. 7-8
- 3.2 Teoriar som går bort ifrå pasienttilfredsheitsomgrepet.....s. 8-12
  - 3.2.1 Fitzpatrick og Hopkins: Multikomponent pasienttilfredsheit.....s. 8-9
  - 3.2.2 Williams: Ein kritisk analyse som tek for seg det manglande grunnlaget til pasienttilfredsheitsomgrepet. For vurderer pasienten helsevesenet? Og korleis?.....s. 9-11
  - 3.2.3 Edwards, Staniszweska, Cricton og Henderson: Kvalitativ forskning med sikte på å undersøkje prosessen frå ei negativ erfaring med helsevesenet til eit kryss i "svært tilfreds" ruta på spørjeskjemaet..... s. 11-12

### **4. Diskusjon**

- 4.1 Oppsummering av teoriane..... s. 13-14
- 4.2 Gjennomslag av kritikken.....s. 14
- 4.3 Metodiske følgjer av teoriane og drøftinga.....s. 14-16
  - 4.3.1 Behov for betre teoretisk grunnlag..... s. 15
  - 4.3.2 Det er viktig at kvalitative metodar supplerar kvantitative..... s. 15-16
  - 4.3.3 Utvikling av spørjeskjema i lys av kvalitativ forskning..... s. 16
- 4.4 Avslutning.....s. 16-17

Litteraturliste..... s. 17-18

Appendiks..... s. 19

---

**Forord:** Aller fyrst vil eg takke Guro for god hjelp, korrektur lesing og storesysterhaldning. Eg vil også takke rettleiar Siri Vangen særleg for ei imøtekommande haldning. For hjelp i arbeidet med den fyrste problemstillinga ynskjer eg også å takke Sara Kasay for tolmodig gjennomføring av intervju, Erling Olav Fjeldstad for plotting av spørjeskjemadata over på SPSS og Nora Ahlberg for innspel i utarbeidinga av spørjeskjemaet.

Om mi eiga bakgrunn kan eg nemne at eg utover fem års medisinstudium har eg eitt års studium på St. Olaf College i USA. Eg var der så vidt innom det sosiologiske faget. Likevel har eg i arbeidet med denne oppgåva i stor grad vore i eit nytt og ukjent fagfelt. Dette har vore spanande, men også ei klar utfordring.

Eg bruker både referanser og fotnotar: Referansane følgjer Vancouverreglane og er vist med nummer i parentes i teksten og med artikkelreferanse bak. Eg bruker også fotnotar for utdjupingar av teksten. Fotnotane er vist som opphøgde tal med tilhøyrande kommentar nedst på sida.

---

## 1. INTRODUKSJON

### 1.1 Problemstilling og føremål

Denne oppgåva har som føremål å presentere eit utval teoriar som undersøker psykososiale forhold som får tyding når pasienten evaluerer helsetenesta.<sup>1</sup> Ein av hovudkritikkane mot pasienttilfredsheitundersøkingar har vore mangelen på teoretisk grunnlag for pasienttilfredsheitomgrepet, samt manglande kunnskap om kva psykososiale forhold som spelar inn ved pasientevalueringar (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12). Teoriane som vert presentert i denne oppgåva har alle tatt konsekvens av denne kritikken, og freistar å danne delar av dette teoretiske grunnlaget.<sup>2</sup> I diskusjonsdelen oppsummerar eg teoriane, særleg sett ut ifrå skilnadane mellom teoriar som forhold seg til pasienttilfredsheitomgrepet og dei teoriane som hevdar at omgrepet ikkje famnar pasienten sin erfaring og vurdering av helsetenesta. Som døme på korleis kritikken og diskusjonen rundt det teoretiske grunnlaget har fått metodiske følgjer, vil eg kort vise til dei norske nasjonale pasienterfaringsundersøkingane gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta. Til slutt trekkjer eg fram moglege metodiske grep som følgjer av teoriane presentert.

Problemstillinga vil med andre ord vere å undersøke det teoretiske grunnlaget til brukarundersøkingar i helsevesenet med utgangspunkt i teoriar som omhandlar psykososiale forhold som får tyding ved pasienten sin evaluering av tenesta, og diskutere dei metodiske følgjene av dette grunnlaget blant anna sett i lys av døme frå dagens praksis ved gjennomføring av brukarundersøkingar.

### 1.2 Motivasjon for val av problemstilling

#### 1.2.1 Personleg motivering

Prosjektoppgåva skulle i utgangspunktet vere ei brukarundersøking ved fødeavdelingane ved Ullevål universitetssjukehus. Denne skulle undersøke om det er ein skilnad i pasienttilfredsheit mellom kvinner frå Afrikas horn og etniske norske kvinner. Med bakgrunn i litteratursøk og etter innspel frå rettleiar dr.med/gynekolog Siri Vangen, forskingsdirektør ved Nasjonalt kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) og professor i psykologi Nora Ahlberg, og jordmor og prosjektkoordinator ved NAKMI, Sara Kasay, utarbeidde eg eit spørjeskjema. Tidleg i arbeidet med spørjeskjemaet kom eg over litteratur som stilte seg kritisk til pasienttilfredsheitomgrepet, og som oppfordra til å undersøke spesifikke aspekt ved tenesta. Dette førte til ei utfordring i korleis avgrense faktorane ein skulle ta med i skjemaet. Det at skjemaet vart stort, var særleg uheldig fordi halvparten av kvinnene hadde framandspråklig bakgrunn. Det var derfor ikkje mogleg å gjennomføre tilstrekkeleg intervju for analyse. Likevel vart dette arbeidet med på å gje meg erfaring, samt eg såg viktigheita av å gå grundigare inn i litteraturen som omhandla det teoretiske grunnlaget for brukarundersøkingar.

#### 1.2.2 Aktualitet

Aktualiteten til brukarundersøkingar har vore ein annan motivasjonsfaktor for valet av tema. I Norge er det ei politisk og ei fagleg satsing på brukarundersøkingar. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta/HELTEF gjennomførte i 2002-03 og 2004 nasjonale

---

<sup>1</sup> Denne oppgåva tek ikkje sikte på å vere ein systematisk oversiktsartikkel, og vil derfor heller ikkje oppfylle kriteria for dette.

<sup>2</sup> Denne oppgåva kjem ikkje inn på den andre hovud delen ved det teoretiske grunnlaget, nemleg kva dimensjonar eller aspekt ved helsevesenet pasienten tek med i ei vurdering. Sjå t.d. Ware JE, Snyder MK, Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Services. *Medical Care*. 1975; 13(8): 669-682, eller Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*. 1983; 6: 247-263

pasienterfaringsundersøkingar som i dag er med på å liggje til grunn for kvalitetsindikatorar på dei ulike sjukehusa. Desse kvalitetsindikatorane er å finne på heimesida <http://frittsykehusvalg.no>, slik at pasientar og andre gå inn å samanlikne sjukehusa og ta omsyn til dette ved val av sjukehus(13). Det er også lagt planer om å setje nasjonale brukarundersøkingar i system ved å opprette ein nasjonaldatabank samt å ha faste undersøkingar kvart tredje år t.d. innan døgnsomatikk, psykiatriske poliklinikkar og somatiske barneavdelingar slik at det vert ei nasjonal undersøking i året (14). Pasienterfaringsundersøkingane er meint å vere ein del av kvalitetssikringa i helsevesenet. I ”Nasjonal strategi for kvalitetesforbedring i sosial og helsetjenesten.. og bedre skal det bli!” er viktigheita av brukaren si involvering understreka fleire stader. Der vert det hevda at ei helseteneste av god kvalitet ”involverer brukeren og gir dem innflytelse” (14).

### 1.3 Om brukarundersøkingar

Brukarundersøkingar i helsevesenet oppstod på 1960-70 talet i USA. Fleire rørsler medverka til dette. Sosiologar byrja å interessere seg for pasientatferd<sup>3</sup>, og eit sterkt argument for å gjere brukarundersøkingar var den oppdaga samanhengen mellom pasienttilfredsheit og pasienten sin oppfølging av behandlinga som er ein føresetnad for vellukka behandlingsresultat (4). Ei anna rørsle som også fekk innverknad i helsevesenet var konsumerismørsla<sup>4</sup>, og med brukarundersøkingar som ein konsekvens av denne (4). Økonomiske argument om at brukarmedverknad vil føre til betre bruk av knappe ressursar og dermed auka tenesteeffektivitet var også viktig (16). Dei einskilte brukarundersøkingane har vorte gjennomført med ulike føremål. Det har til dømes vore eit føremål å evaluere helsetenesta, få innsyn i pasienten si oppleving av helsetenesta, fremje samarbeid om behandling, eller å identifisere problem ved helsetenesta (17).

I helsevesenet har brukarundersøkingar i stor grad vorte gjort ved hjelp av kvantitative undersøkingar som måler grad av pasienttilfredsheit (1). Undersøkingane viser ofte stor grad av tilfredsheit (18). Dei har difor blant anna vorte kritisert og då særleg på to område: for svak metode og manglande teoretisk grunnlag.

1) Når det gjeld metodesvakheiter har kritikken vore retta mot manglande bruk av reliable og valide måleinstrument (1,11,19,20). Spørjeskjematekniske forhold som psykometriske mål har også blitt diskutert og kritisert (2,21). Ein kritikk har retta seg mot bruk av feil metode i forhold til fenomenet ein ynskjer å undersøke (22). Manglande understreking av føremålet med undersøkingane har også vore ein kritikk (11,23).

2) Kritikken av det manglande teoretisk grunnlaget har på eine sidan vore ein kritikk av for lite forskning på området, t.d. ein mangel på kvalitativ forskning som undersøker korleis pasientane evaluerer helsetenesta. Vidare har kritikken retta seg mot dei einskilte undersøkingane for at dei har sett bort i frå naudsemnda av å feste forskinga i eit teoretisk grunnlag. Kritikken har også vore retta mot den manglande konsensusen for pasienttilfredsheitomgrepet samt det manglande empiriske feste til omgrepet(1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,12). Det manglande teoretiske grunnlaget til pasienttilfredsheitomgrepet i brukarundersøkingar får følgjer for den definisjonsmessige validiteten til undersøkingane, det vil seie samsvaret mellom den teoretiske og operasjonelle definisjon av same omgrep. Dette validitetsproblemet oppstår fordi forskaren er på eit teoriplan ved formulering av problemstilling og ved tolking av resultat, men på eit empiriplan ved innhenting av data. Dersom det ikkje er eit samsvar mellom omgrepa på begge plan har undersøkinga eit grunnleggjande validitetsproblem (24).

<sup>3</sup> T.d Parsons, Szasz og Hollender (4) (Har ikkje originalartiklar)

<sup>4</sup> Konsumerisme: forbrukerisme, forbrukarrørsle, fyrst oppstått i USA i 1960 åra, som går inn for forbrukarens rett til tryggleik, fritt val og korrekt informasjon og som vil beskytte kundane mot farlege el. dårlege varer (25).

Kritikken som har vorte retta mot brukarundersøkingane har i mindre grad har fått konsekvensar for fleirtalet av brukarundersøkingane. Det verkar å vere eit skilje mellom dei som gjennomfører undersøkingane og dei som lagar teoriane om brukarundersøkingane (1, 26). Van Campen fann at hovudproblema ved pasienttilfredsheitslitteraturen før 1983, framleis var grunnleggande ved litteraturen i perioden 1983-95 (19) <sup>5</sup>.

## 2. METODE

### 2.1 Artiklar som vart inkludert

Metoden baserer seg på litteratursøk i basene Medline, Sociological abstract og i Cinahl. <sup>6</sup> Eg valte desse basene fordi dei inneheld artiklar frå ulike fagtradisjonar, og søka ville derfor kunne gje eit breidt og dekkande bilete av pasienttilfredsheitslitteraturen. Følgjande utvalskriterium vart nytta:

- For det fyrste inkluderte eg oversiktsartiklar som omhandla det teoretiske grunnlaget til omgrepa pasienttilfredsheit og kvalitet på helsetenesta. (jamfør 2.3 for forklaring av dette inklusjonskriteriet)
- For det andre inkluderte eg artiklar som omhandla kvalitative undersøkingar som undersøkte det teoretiske grunnlaget for pasienterfaringar og vurderingar.

Desse utvalskriteria vart valde i lys av problemstillinga. (Sjå appendiks for søkeord) Etter kvart som eg las artiklar fann eg det naudsynt å lese artiklar som ofte vart referert til i oversiktsartiklane dersom desse allereie ikkje var dekt i søket.

Eg las alle artiklane på bakgrunn i søket som oppfylte utvalskriteria. For skriving av denne oppgåva valte eg teoriar som tok for seg psykososiale forhold ved pasienttilfredsheit. Utvalet av teoriar var vidare basert på ei vurdering av kva teoriar som vart omtala som sentrale og som dessutan ofte vart referert til i oversiktsartiklane.

### 2.2 Artiklar som vart ekskludert

Ekskluderinga av artiklar vart gjort ved lesing av abstrakt og med utgangspunkt i overskrifter. Følgjande ekskluderingskriterium vart valde:

- Artiklar på andre språk enn norsk og engelsk vart ekskludert.
- Artiklar som presenterer einskilde kvantitative brukarundersøkingar vart ekskludert. Dette var fordi eg ikkje såg desse som sentrale for å få djupare innsyn i det teoretiske grunnlaget for pasientevalueringar. I denne oppgåva hadde eg heller ikkje til hensikt å gjere ei sjølvstendig vurdering om korleis desse brukarundersøkingane var festa i eit teoretisk grunnlag.
- Artiklar som fyrst og fremst omhandla spesifikke fagfelt som t.d. psykiatri, pediatri og gynekologi.
- Artiklar som ikkje var tilgjengeleg ved Universitetet i Oslo. Eg bestilte med andre ord ikkje artiklar frå bibliotek ved andre universitet og høøgskuler.

### 2.3 Kommentar til metode

---

<sup>5</sup> Hovudproblema vert kategorisert som 1) utilstrekkeleg teoretisk grunnlag 2) metodologiske svakheiter ved måleinstrumenta med høve til dimensjonar, validitet, reliabilitet av subskalane, samt 3) låg spesifisitet av resultata for bruk.

<sup>6</sup> Medline er ei generell biomedisinsk søkebase, og er den største databasen for å finne medisinske artiklar. Cinahl har hovudfokus på sjukepleievitenskaplege artiklar. Sociological Abstracts er den einaste sosiologiske søkebasa tilgjengeleg via Universitetet i Oslo.

Det var vanskeleg å gjennomføre spesifikke nok søk fordi søkeorda alltid fanga opp fleire einskilte brukarundersøkingar. Sidan søket difor var uspesifikt, var det forholdsvis mange artiklar som oppfylte eksklusjonskriteria. Fleire søkeord vart utprøvd, og kombinasjonar dei i mellom utan at dette gjorde søket meir spesifikt. Opphavleg hadde eg tenkt å undersøke det teoretiske grunnlaget for pasienttilfredsheitomgrepet -og for "kvalitet ved helsetjenesten"-omgrepet, for deretter å diskutere den eventuelle samanhengen mellom desse to. Eg valte i etterkant av søket, å snevre inn problemstillinga. Søket er altså ikkje skreddarsydd for problemstillinga i denne oppgåva. Kva konsekvensar dette har fått for utvalet av litteratur er usikkert. Likevel vil eg hevda at dette har fått mindre tyding. Dette er fordi pasienttilfredsheitomgrepet var inkludert og sentralt i søket. I og med at eg las oversiktsartiklar gav dette eit godt inntrykk av kva teoriar som er viktige på fagområdet. Denne oppgåva tek heller ikkje sikte på å vere ein systematisk oversiktsartikkel.

### **3. TEORiar SOM TEK FOR SEG PSYKOSOSIALEFORHOLD SOM FÅR TYDING VED PASIENTEN SIN EVALUERING AV HELSETENESTA**

Som nemnt i introduksjonen har ein av hovudkritikkane mot pasienttilfredsheitlitteraturen vore manglande teoretiske grunnlag. Alle teoriane presentert her, har tatt følgjene av denne kritikken og freistar å danne dette grunnlaget. Teoriane vil bli presentert i kronologisk rekkefølge. Dette er hensiktsmessig fordi dei tidlegaste teoriane tek utgangspunkt i pasienttilfredsheitsomgrepet, medan dei nyare teoriane går bort ifrå dette omgrepet og i større grad tek opp i seg kompleksiteten ved pasienten sine erfaringar og vurderingar (9). Skiljet mellom dei teoriane som tek utgangspunkt i pasienttilfredsheitsomgrepet og dei som ikkje gjer det, samsvarer med det skiljet som har vorte gjort mellom fyrste (jf. 3.1) og andre (jf. 3.2) generasjonsundersøkingar (8,9).

#### **3.1. Teoriar som tek utgangspunkt i pasienttilfredsheitsomgrepet**

##### **3.1.1 Linder Pelz: Verdi-forventingsmodell og andre modellar for tilfredsheit**

*"We define patient satisfaction as positive evaluations of distinct dimensions of the health care"*. Følgjande sitat er Susie Linder Pelz sin definisjon på pasienttilfredsheit. Dette er ein av dei mest vanlege og kjente definisjonane på pasienttilfredsheit (4,17). I følge Linder Pelz sin definisjon er pasienten sin tilfredsheit av affektiv karakter i motsetnad til av kognitiv karakter. Evalueringar vil i følge denne teorien vere av affektiv karakter<sup>7</sup>. Definisjonen viser også at pasienten tek omsyn til ulike aspekt ved tenesta ved ei vurdering. Bakgrunnen for Linder Pelz sin definisjon er ein gjennomgang av litteraturen om pasienttilfredsheit. På bakgrunn av denne danna ho seg hypotesar om kva psykososiale determinantar som får tyding ved tilfredsheit (10). Ho postulerer fem psykososiale variablar som trulege determinantar for tilfredsheit. Desse er forventingar, verdiar, berettigelse, hendingar og interpersonelle samanhendingar (10). Med utgangspunkt i Fishbein og Ajzens arbeider om tilfredsheitforsking på arbeidsmarknaden<sup>8</sup> postulerte ho vidare at ein verdi-forventingsmodell best forklarar tilfredsheit. Denne modellen tek utgangspunkt i at pasienttilfredsheit er ei haldning av affektiv karakter og at denne er bestemt av summen av produkta mellom to determinantar, nemleg pasienten si tru på at tenesta har særlege eigenskapar og pasienten si evaluering av desse eigenskapane. Slik må definisjonen til Linder Pelz sjåast i lys av denne modellen. (10)

<sup>7</sup> Eng. attitude. Denne teorien byggjer på Fishbein and Ajzen sin definisjon av attitude: "...the major characteristic that distinguishes attitude from other concepts is its evaluative or affective nature.. (it is a) general evaluation or feeling of favorableness or unfavorableness toward the object in question..."

<sup>8</sup> Fishbein M, Ajzen I. Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to theory and research. 1975 (har ikkje originalartikkel)

Det er også andre modellar som har vore sentrale i pasienttilfredsheitslitteraturen, og som Linder Pelz forhold seg til. I tillegg til verdi-forventingsmodellen er det særleg tre modellar som implisitt eller eksplisitt har ligge til grunn for pasienttilfredsundersøkingar fram til i dag (10, 4).<sup>9</sup> Modellane er som følger:

- a) Uoverstemmelsemodellen: Denne modellen seier at tilfredsheit er resultatet av den oppfatta skilnaden mellom det individet ynskjer<sup>10</sup>, og det som vert erfart som ein proporsjon av desse ynskene. Matematisk kan dette oppsummerast slik: (Pasienten sin persepsjon av hendingane - forventingane)/forventingane). Ulike forfattarar varierer i korleis omgrepet 'ynskjer' vert tolka. Omgrepet vert gjerne tolka som å vere lik forventingar, eller kva som er viktig eller korleis det burde vore.<sup>11</sup>
- b) Oppfyltingsmodellen: Denne definerer tilfredsheit som skilnaden mellom det som skjer og det som pasienten forventar bør skje/det han trur vil skje.<sup>12</sup> Matematisk kan dette oppsummerast slik: Pasientens persepsjon av ei hending – forventingar.
- c) Rettferdighetsmodellen:<sup>13</sup> Denne postulerer at tilfredsheit er den oppfatta balansen mellom den innsatsen pasienten legg inn i helsetenesta og det utkommet pasienten får. Denne teorien tek også høgde for ein sosial samanlikningsprosess og at denne spelar ei viktig rolle for den endelege vurderinga av helsetenesta (10,27).

I ein seinare artikkel testar Linder Pelz verdi-forventingsmodellen, uoverstemmelsemodellen, oppfyllelsemodellen og vidare fire av dei fem psykososiale determinantane, nemleg forventingar, verdiar, berettigelser og hendingar sett i forhold til dimensjonar ved helsetenesta, nemleg legen sin oppførsel, bekvemligheiter (ventetid og liknande) og generell tilfredsheit. Ho fann at dei tre psykososiale determinantane forventingar, verdiar og persepsjon av hendingane, forklara mindre enn 10% av variasjonen i pasienttilfredsheiten. Ho fann vidare at forventingar var den psykososiale variabelen som forklara mest av skilnadene i score. Pasienten forventingar før møtet med helsevesenet hadde tyding for tilfredsheiten uavhengig om desse forventingane vart innfridd eller ikkje. Verdiar hadde liten signifikans for pasienttilfredsheit. Kombinasjonen verdiar og forventingar var urelatert til tilfredsheit, og dette gjaldt også berettigelse. Ho fann noko støtte til uoverstemmingsmodellen, men ikkje til oppfyltingsmodellen eller verdi-forventingsmodellen. (27)

### 3.1.2 Pascoe: Kritikk av vektlegginga av det emosjonelle hjå Linder Pelz

Ein annan sentral teoretikar som tek for seg pasienttilfredsheitsomgrepet er Gregory C. Pascoe.

Pascoe kritiserer vektlegginga av affektive reaksjonar i Linder Pelz modell (27). I tillegg til metodiske svakheiter ved målingane til Linder Pelz, kritiserer han konseptualiseringa av pasienttilfredsheit i ein verdi-forventingsmodell. Han stiller seg kritisk til antakinga om tilhøvet mellom determinantane kan multipliserast, og hevdar at kognisjonar og affektive responsar kan vere kvasi-uavhengige prediktorar for pasienttilfredsheit og at vektlegginga dei i mellom vil variere individuelt.

<sup>9</sup> Modellane vart fyrst identifisert av Lawler EE. *Motivation in work organizations*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, 1973. (har ikkje originalartikkel)

<sup>10</sup> eng. desires

<sup>11</sup> Dette er den mest brukte modellen til no og den modellen som får størst oppslutning i forskarmiljøet (11).

<sup>12</sup> Pascoe har ei anna tolking av oppfyltingsmodellen. Han meiner at tilfredsheit i følgje denne modellen heller er eit resultat av kva som skjer i ein situasjon, uavhengig av kva pasienten føler burde eller skulle ha skjedd (27).

<sup>13</sup> eng. Equity theory

Pascoe definerer pasienttilfredsheit slik: "*Patient satisfaction is defined as health care recipient's reaction to salient aspects of the context, process and result of their service experience.*" Ifølgje Pascoe evaluerer pasienten helsetenesta ved å samanlikne særtrekk ved møtet med helsetenesta med ein subjektiv standard. Den subjektive standarden vil variere individuelt, og kan vere eit ideal, ein formeining om kva ein fortener, eit gjennomsnitt av tidligare erfaringar, eit minimum akseptabelt nivå, eller liknande. I denne samanlikninga vil både ei kognitiv- og ei emosjonell basert evaluering av struktur, prosess, og utfall virke.<sup>14</sup>

Pascoe hevdar at når det er eit manglande samsvar mellom den subjektive standarden og ei hending, vil psykologiske prosessar i form av både ein assimileringseffekt og ein kontrasteffekt få tyding for om pasienten seier seg tilfreds eller utilfreds. Ein kontrasteffekt oppstår når ein person på bakgrunn av manglande samsvar mellom den subjektive standarden (f.eks. forventingar) og ei hending, opplever at skilnaden er større enn den eigentleg er. Ein assimileringseffekt oppstår derimot når det på grunnlag av manglande samsvar mellom den subjektive standarden og hendinga vert skapa ei psykologiske spenning som vert freista letta ved at persepsjonen av hendinga vert tilpassa den subjektive standarden. Ifølgje Pascoe sine teoriar om pasienten sin vurdering av helsevesenet, vil ein assimileringseffekt oppstå når hendingane er innafor eit slingringsmon rundt den subjektive standarden, medan erfaringar som er svært positive eller negative vil gje ein kontrasteffekt. Fordi møter med helsevesenet som oftast er av tvetydig karakter, vil slingringsmonet rundt den subjektive standarden vere vid, ifølgje Pascoe. Dermed vil tilfredsheit verte vanleg. Ifølgje Pascoe vil utilfredsheit berre oppstå når 1) helsetenesta er så dårleg at det oppstår ein kontrasteffekt 2) eller når den subjektive standarden er negativ og tenesta ikkje var positiv nok til å gje ein kontrasteffekt. (27).

### **3.2. Teoriar som går bort ifrå pasienttilfredsheitsomgrepet**

#### **3.2.1 Fitzpatrick og Hopkins: Multikomponent pasienttilfredsheit**

Både Linder Pelz og Pascoe tek utgangspunkt i pasienttilfredsheitomgrepet, og meiner at dette omgrepet vert bestemt av fleire variablar (10,27,28). Ray Fitzpatrick tek også utgangspunkt i pasienttilfredsheitsomgrepet, men er kritisk til det fordi erfaringane til pasienten er mangfaldig, og fordi kvar komponent av mangfaldet er viktig, men også har sine grenser. Derfor hevdar han at ein må sjå på komponentane som får tyding for pasienten sin erfaring kvar for seg. Slik løyser han opp pasienttilfredsheitomgrepet, og bevegar seg bort i frå det. Slik vil han stå i ein mellomposisjon i forhold til dei som nyttar omgrepet, og dei som forkastar det.

Fitzpatrick skildrar tre tilnærmingar som har vore sett på som sentrale for pasienttilfredsheit i litteraturen, som han analyserer og peiker på begrensingar ved. 1) Ein tilnærming til pasienttilfredsheit legg ifølgje Fitzpatrick vekt på pasienten sine kulturelt bestemte forventingar som avgjerande for grad av tilfredsheit. I vestleg kultur vil til dømes pasientar forvente ein resept ved slutten av konsultasjonen. Denne tilnærminga hevdar altså at sosialt konstruerte forventingar er hovuddeterminanten for graden av tilfredsheit, og at desse sosialt konstruerte forventingane vil variere mellom ulike sosiale grupper. Han viser til døme frå forskning der pasient og lege har ulik kulturell bakgrunn og at dette difor har fått negative

---

<sup>14</sup> Struktur, prosess og utfall viser her til Donabedian si konseptuelle inndeling av korleis ein skal vurdere helsetenesta. Struktur viser til det fysiske miljøet, prosess til helsepersonell si yting av tenesta – både interpersonell og teknisk pleie, og utfall viser til sluttresultat både fysisk, psykisk og finansielt (29). Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. 1980. Ann Arbor, MI: Health Administration Press) (har ikkje originalboka).



følgjer for pasienten si erfaring. Han viser vidare til døme der dei kulturelle forventingane ikkje har blitt møtt innad i kulturen. Han påpeiker vidare at ei begrensing til denne tilnærminga vil vere at den gjev inntrykk av at forholdet mellom lege-pasient er statisk, og at det er problematisk å endre dette forholdet.

2) Ei anna tilnærming Fitzpatrick omtalar legg vekt på pasienten sine emosjonelle behov, og korleis desse behova vert møtt av helsepersonell for å forklare grad av tilfredsheit. Denne tilnærminga viser til at dei fleste problem som fører pasienten til helsevesenet, medfører emosjonelt stress for pasienten. Fordi pasientane manglar medisinsk ekspertise, kan dei vere ute av stand til å vurdere kor mykje legens handlingar medverkar til ei betring av den medisinske tilstanden. Dei som hevdar dette, argumenterer med andre ord for at emosjonell støtte vil vera avgjerande for kor nøgd pasienten er med konsultasjonen. Fitzpatrick meiner at det krevst meir forskning på tydinga av legen sin respons på emosjonelle behov for pasienten sin tilfredsheit, og påpeikar manglar ved metodane i forskinga som denne tilnærminga byggjer på.

3) Ei tredje tilnærming som Fitzpatrick omtalar, hevdar at uttrykk som forventingar og tilfredsheit berre i avgrensa grad gjev innsikt i kva som verkeleg tyder noko for pasientane når dei søker hjelp for helseproblem. Fitzpatrick seier seg i stor grad einig i dette, og hevdar at dersom føremålet med pasienttilfredsheitsforskinga er å evaluere helsetenesta, vil ein få meir informasjon dersom ein spør om pasienten tykkjer det har vore nyttig å søke hjelp for helseproblemet, i staden for å undersøke pasienten sine uttrykte haldningar til legane og helseinstitusjonen. (17)

Tanken om at forventingar er av stor tyding for pasienttilfredsheit har vore viktig i pasienttilfredsheitlitteraturen (jf. t.d. oppfyltingsmodellen, uoverstemmelsemodellen, Linder Pelz sin verdi-forventingsmodell og Pascoe assimilering-kontrast modell). Fitzpatrick og Anthony Hopkins gjennomførte kvalitative intervju ved ein nevrologisk poliklinikk før og etter konsultasjon for undersøke forventingane si rolle nærare(5). Dei fann at forventingar i stor grad vart uttrykt tentativt og forsiktig. Forventingane varierende lite mellom pasientane. Det vart lite samsvar mellom uttrykte forventingar og tilfredsheit. Pasientane kom med både positive og negative kommentarar vedrørende fleire aspekt ved konsultasjonane, men desse vurderingane vart sjeldan uttrykt i form av tilfredsheit eller utilfredsheit. Pasientar vurderte dessutan både affektive og tekniske aspekt ved tenesta. Forfatterane advarar pasienttilfredsheitlitteraturen mot i for stor grad å ta utgangspunkt i at pasientar berre vurderer affektive og interpersonelle aspekt, og at dersom ein gjer dette, står ein i fare for å trivialisere kva som verkeleg betyr noko når pasienten søker hjelp.

### **3.2.2 Williams: Ein kritisk analyse som tek for seg det manglande grunnlaget til pasienttilfredsheitomgrepet. For vurderer pasienten helsevesenet? Og korleis?**

Brian Williams er ein av dei som har retta sterkast kritikk mot sjølve pasienttilfredsheitomgrepet. Williams analyserer pasienttilfredsheitlitteraturen og identifiserer tre antakingar som pasienttilfredsheitomgrepet som regel kviler på. Han viser vidare til relevant litteratur som talar mot desse antakingane. Med bakgrunn i annan litteratur, blant anna av Fitzpatrick og Hopkins, samt eigne analyser, hevdar han at pasienttilfredsheitomgrepet manglar empirisk feste.<sup>15</sup> Antakingane og hans eigen kritikk er som følgjer: 1) Antaking: *Tilfredsheit er eit uttrykk for møtte forventingar (eller verdiar)* For å tilbakevise denne påstanden, viser Williams mellom anna til Linder Pelz si testing av forventingar og at desse berre forklarte 8% i variasjonen i tilfredsheit.<sup>16</sup> Williams konkluderer

---

<sup>15</sup> eng. grounding

<sup>16</sup> Han viser også til Thompson A.G.H. The soft approach to quality of hospital care. *Int. J. Qual. And reliabil. Mgmt* 3, 3, 1986. (Har ikkje originalartikkel).

med at ein ikkje veit samanhengen mellom forventingar og uttrykt tilfredsheit, men at det er ikkje er grunnlag i forskinga for å seie at tilfredsheit i stor grad er uttrykk for oppfylte forventingar og verdiar.

2) Antaking: *Når ein pasient uttrykkjer tilfredsheit ved eit gjeve aspekt ved helsetenesta tyder dette at aspektet har vorte godkjent av brukaren.*

I Linder Pelz si studie var forventingar ein uavhengig variabel på pasienttilfredsheit. Dette kan det ifølgje Williams indikere at pasienttilfredsheit kan ha opphav i faktorar som er utanfor helsevesenet. Han viser også til ei studie av Vuori<sup>17</sup> som fann at pasientar innlagt på sjukehus tok teknisk kompetanse for gjeve, og derfor var meir kritisk til atferd og kommunikasjon. Det motsatt var tilfelle i allmennpraksis der pasientane vurderte den tekniske kompetansen kritisk og tok legens gode oppførsel som gjeve. Dermed kan uttrykt tilfredsheit i stor grad reflektere det pasienten tek for gjeve. Williams konkluderer ikkje med at uttrykt tilfredsheit ikkje har noko med objektet å gjere, men han hevdar at antakinga om at tilfredsheit fullstendig eller i stor grad er produkt av ei evaluering av helsetenesta per se, kan vere feil, i alle fall i nokon tilfelle.

3) Antaking: *Forventingar og verdiar eksisterer og vert brukt i evalueringar utan at dette undergraver meininga og hensiktsmessig bruk av den uttrykte tilfredsheit i ei vurderinga av helsetenesta.*

Williams peiker på i sin kritikk av denne antakinga at pasienten for det eine ved fyrstegongskontakt med helsetenesta kan mangle forventingar.<sup>18</sup> For det andre peiker han på at pasienten kan tvile på legitimiteten av si eiga vurdering av tekniske aspekt fordi han manglar fagkompetanse.<sup>19</sup> For det tredje hevdar også Williams at dersom Talcott Parson si teori om ei passiv sjukerolle<sup>20</sup> held stikk, så vil grunnlaget for pasientevalueringar falle bort. Pasienttilfredsheit kan ifølgje Williams i så måte vere eit uttrykk for den rolla pasienten går inn i møte med helsevesenet, snarare enn kvaliteten på tenesta i seg sjølv. For det fjerde viser Williams til at konsumerisme (jf. 1.3) som hevdar forbrukaren sin rett til påverknad, byggjer på tre faktorar: 1) at brukaren har ei meining 2) at brukaren meiner seg rett i å ha ei meining. 3) og har eit ynske om å uttrykkje den meininga. Pasienttilfredsheitsdata er berre hensiktsmessig dersom pasienten aksepterer desse kriteria og aktivt går inn for å vurdere og kritisere. Han viser vidare til at eldre personar i studiar har ein tendens til å vere meir tilfredse enn yngre, og meiner dette kan vere fordi ei passiv sjukerolle vil vere meir utbredt i den eldre generasjonen.

Williams oppsummerar kritikken av dei tre antakinga ved å hevde at bruken av pasienttilfredsheitsspørjeskjema tek frå pasienten rett til ikkje å oppføre seg som forbrukar i forhold til helsevesenet. Williams konkluderer med at pasientar kan ha mange viktige og relevante oppfatningar som ikkje vert uttrykt i utilfredsheit/tilfredsheit. Han hevdar at uttrykk for utilfredsheit berre oppstår dersom noko svært dårleg har skjedd. Vidare seier han at

---

<sup>17</sup> Vuori H. Patient satisfaction does it matter? Qual. Assur. Hlth Care 3, 183, 1991 (Har ikkje originalartikkel)

<sup>18</sup> West P. The physician and management of childhood epilepsy. In *studies in Everyday Medical Life* (Edited by wadsworth M and Robinson D. London, 1976 (har ikkje original artikkel)

<sup>19</sup> Viser til Cleary P.D and McNeil B.J Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry* 25,25,1998. (Har ikkje original artikkel)

<sup>20</sup> Talcott Parsons var ein av dei fyrste sosiologane som skildra sjukerolla. Han brukar ei strukturfunksjonalistisk tilnærming det vil seie at rollene vert oppfatta som fastlagte posisjoner i eit system. Sjukerolla kan kort oppsummerast i følgjande punkter: plikt til å søke hjelp og til å samarbeide med dei som hjelper, plikt til å ynskje å bli frisk og til å innrømme at sjukdommen ikkje er ynskeleg, fritak frå daglege oppgåver og frå ansvaret for å ha blitt sjuk. Han er seinare vorte kritisert frå fleire hald bla. fordi modellen hans ikkje tek opp i seg endringa som har skjedd i forholdet mellom pasienten og helseprofesjonane og at det er ei forenkling å seie at det berre finst ein sjukerolle (30).

tilfredsheitsundersøkingar ikkje undersøker eit uavhengig fenomen, men aktivt er med på å konstruere det ved å tvinge pasienten til å uttrykke seg i framande ordlag (4).

Williams har, i lag med Coyle og Healy, også teke følgjene av denne kritikken. Med føremål å undersøke om og korleis pasienten vurderer helsetenesta, gjennomførte dei kvalitative djupdeintervju og meir strukturerte samtaler ved ei psykiatrisk helseteneste om blant anna pasienten sin respons i eit tidlegare pasienttilfredsheitsspørjeskjema. Det fann ikkje nokon direkte samanheng mellom pasientane sine uttrykte erfaringar med helsetenesta og pasientane sine evalueringar av tenesta. Pasientane tok omsyn til om tenesta hadde oppfylt si plikt eller kunne skuldast for ei negativ hending<sup>21</sup> når dei gjorde ei vurdering av helsetenesta. Forfattarane identifiserte ein transformasjon frå skildringa av negative erfaringar til meir positivt oppsummerte vurderingar. Dei konkluderte med at pasientane skildrar sine erfaringar detaljert, men at når dei vurderer tenesta t.d. via spørjeskjema, finn dei formildane omstende ved negative erfaringar og let derfor vere å uttrykke negative vurderingar. Uttrykt tilfredsheit kunne reflektere alt i frå ”dei gjer sitt beste” til ”det er ikkje eigentleg deira jobb å...”. Følgjene av denne artikkelen vert eit råd om at brukarundersøkingar bør fokusere på spesifikke erfaringar pasientar har med helsetenesta (12).

### **3.2.3 Edwards, Staniszweska, Cricton og Henderson: Kvalitativ forskning med sikte på å undersøkje prosessen frå ei negativ erfaring med helsevesenet til eit kryss i ”svært tilfreds” ruta på spørjeskjemaet.**

Edwards, Staniszweska, Cricton og Henderson tilhøyrer eit forskar miljø ved Royal College of Nursing Institute, Oxford, som har freista å undersøke nærare korleis pasientar evaluerar helsevesenet. ”Kva gjer at pasientar oppsummerar negative erfaringar positivt?” er eit av spørsmåla dei har prøvd svara på. Kva faktorar verkar hindrande for negative evalueringar, samt kva adaptive strategiar brukar pasienten for å omgå desse faktorane for å indirekte ytre negativt, er også spørsmål som dei har undersøkt.

Edwards, Staniszweska og Cricton byggjer vidare på Williams sitt arbeid som fann at pasienten tek omsyn til formildane omstende ved ei evaluering. Med føremål om å undersøke kva psykososiale krefter som driv transformasjonen frå negative erfaringar til positive vurderingar, gjennomførte dei kvalitative intervju ved ei ortopedisk avdeling, og identifiserte tre psykososiale krefter.<sup>22</sup> 1) Ei psykososial drivkraft er pasienten si avhengige stilling i forhold til helsevesenet. Årsaka til at pasienten tek kontakt med helsevesenet er ofte forbunde med fysisk eller psykisk ubehag, og dei hevdar derfor at avhengigheit er ein ibuande eigenskap ved forholdet mellom pasient og helsevesen. I mange tilfelle har pasienten heller ikkje gode alternativ for hjelp, og vil derfor prøve å gjere det beste ut av tilbodet. Ubalansen i maktforholdet mellom pasient og helsepersonell vil også medverke til positiv evaluering, trass i negative opplevingar. Ved ei evaluering tek pasienten omsyn til den makrososiale konteksten som helsetenesta vert gjeve i, det vil seie den sosiale, politiske og finansielle konteksten, og dette vil kunne hemme negative vurderingar. 2) Ei anna drivkraft er pasienten sitt behov for å oppretthalde eit konstruktivt forhold til dei som yter helsetenesta. Den mikrososiale konteksten, det vil seie dei sosiale relasjonane mellom pasient og helsepersonell, vil kunne føre til at pasienten oppsummerar positivt. Forfattarane bruker omgrepet sosial etikette for å understreke at det er ein skilnad mellom kva pasienten tenkjer privat og kva som kjennest sosialt akseptabelt å ytre offentleg. Dei sosiale normene i pasient-helsepersonell forholdet kan hindre negative ytringar. 3) Til slutt identifiserar forfattarane i undersøkinga at pasientar som regel ynskjer å ha ei positiv haldning. Dette fungerer som ei intrapsykologisk

---

<sup>21</sup> Eng. culpability

<sup>22</sup> Dette vert gjort med eit teoretiske utgangspunkt i fenomenologisk sosiologi.

pleie pasienten gjev seg sjølv. Når pasienten er ferdig med helsevesenet, er han som regel ikkje ferdig med livet. Pasienten vil derfor ha eit behov for å bli ferdig med problema, komme seg tilbake til kvardagen og tenkje framover. Dette vil også medverke til at pasienten oppsummerar meir positivt (7).

Medan Edwards, Staniszweska og Cricton undersøkte psykososiale faktorar som fører til at pasientar oppsummerar negative erfaringar positivt, har Staniszweska og Henderson undersøkt faktorar som hindrar negative vurderingar. Staniszweska og Henderson gjennomførte kvalitative intervju med pasientar ved ein somatisk poliklinikk. Dei identifiserte fleire faktorar som alle verka hindrande for negative vurderingar. *Takksemd* for hjelp motteke var ein faktor. Ein annan var *tiltru* til helsevesenet, t.d. til at helsepersonell alltid prøver å gjere det nødvendige. *Lojalitet* til det nasjonale helsevesenet spela også ei rolle. Dersom noko dårleg skjedde kunne dette bli sett på som *uhell* istaden for ein ibuande feil ved tenesta. Pasientane tok også omsyn til fellesskapet av pasientar ved ei vurdering, ved at ei *kjensle av rettferd* fekk tyding for vurderinga. Dersom eiga erfaring var dårleg kunne dette t.d. bli unnskulda med at andre pasientar hadde større behov.

Dei identifiserer også ein fellesnemnar som førte til negative erfaringar og evalueringar dersom denne fellesnemnaren ikkje vart imøtekome. Denne fellesnemnaren vert av forfatterane kalla "sense of engagement" og vert definert som "as the extent to which an individual felt that they had 'clicked' with the health care system". "Sense of engagement" reflekterer pasienten si oppleving av at systemet forstår deira posisjon, behov, erfaringar og interesser. Forfatterane fann at fleire forhold kunne føre til at "sense of engagement" vart påverka i negativ retning. Dette kunne vere dersom maktstrukturen mellom pasient og helsepersonell var skeiv, dersom pasienten opplevde manglande anerkjenning for kjennskapen til eigen kropp, om pasienten ikkje syntest han vart møtt med verdigheit og respekt, eller når pasienten si kontaktsøking ikkje vart sett på som legitim. Forfatarane hevdar at eit mål på [sense of engagement] vil vere eit betre mål som indikator for negative erfaringar enn mål av tilfredsheit/utifredsheit (8).

Sjølv om pasientane hadde vanskar med å kome med negative vurderingar, var det likevel strategiar pasienten tok i bruk for å ytre seg negativt på ein indirekte måte. Blant anna dette vert undersøkt i ein annan artikkel av Staniszweska og Henderson som tek utgangspunkt i same empiri som i artikkelen presentert over. Dei fann at pasientane hadde lett for å kome med positive vurderingar, men vanskar med å uttrykkje negative vurderingar av helsetenesta. Evalueringane vart dessutan sjeldan uttrykt i tilfredsheit eller utifredsheit. Det vart funne at pasientane som regel gjennomførte vurderinga i forhold til ein basis. Basisen kunne vere ei blanding av tidlegare hendingar, evalueringar og kjensler. Pasientane kom dessutan ikkje alltid med ei oppsummerande vurdering, men såg negative og positive aspekt ved tenesta parallelt. Dei gongene pasientane gjorde ei oppsummering av tenesta, vart dette ikkje nødvendigvis gjort for å evaluere tenesta, men for heller å uttrykkje til dømes takksemd og lojalitet.

Forfatarane identifiserte fire strategiar som pasientane tok i bruk for å, på ein indirekte måte, ytre seg negativt. Ved å bruke indirekte måtar å ytre seg negativt på, unngjeikk pasienten det sosiale ubehaget ved å kritisere. Dei fire strategiane var: 1) Pasienten gav uttrykk for kva dei ville ha foretrekt, istaden for å kritisere direkte. 2) Pasientane brukte førehald og kunne dermed legge ein negative tone til eit positivt utsegn. Eit eksempel på dette frå intervjuet var "Efficiency, which they are, they are always efficient, they have always been polite, just the time factor" 3) Pasientane brukte narrativer, dette vil si at ved å gi lange detaljerte skildringar av erfaringar, vart det negative ikkje alltid uttrykt direkte men det var mogleg å lese mellom

linjene der tenesta hadde vore dårleg. 4) Pårørande, ektefelle og venner, hadde lettare for å kome med negative evalueringar (9).

## 4. DISKUSJON

I denne delen vil eg fyrst oppsummere teoriane. Som tittelen på oppgåva indikerar har det byrjande teoretiske grunnlaget for brukarundersøkingar i helsevesenet fått konsekvensar ved at ein frå å måle pasienttilfredsheit, i dag i større grad prøver å gripe pasienten sine erfaringar. Som døme på dette viser eg til dei nasjonale norske pasienterfaringsundersøkingane frå somatikken (13,31,32,33), og eg vil kort problematisere resultata av desse undersøkingane, trass i forbetringar i det teoretiske grunnlaget for desse undersøkingane. Avslutningsvis trekkjer eg fram dei metodiske følgjene av dei nyare teoriane presentert i oppgåva.

### 4.1 Oppsummering av teoriane

I det følgjande vil eg oppsummere teoriane ved særleg å peike på skilnadane mellom teoriane som tek utgangspunkt i pasienttilfredsheitomgrepet og dei som ikkje gjer det. Eg understrekar også at teoriane sprikar med høve til forventingar si tyding for pasienten sin evaluering av tenesta.

Teoriane til Linder Pelz og Pascoe tek utgangspunkt i pasienttilfredsheitomgrepet (10,27,28). Begge freistar danne universale "formlar" for korleis pasienten vurderer helsetenesta og kva som gjev pasienttilfredsheit, sjølv om Pascoe i større grad tek høgde for individuelle variasjonar. Pasienttilfredsheit og pasientutilfredsheit vert sett på som motsette og samsvarande fenomen skapt av likearta psykososiale krefter (t.d. av positive og negative forventingar).<sup>23</sup> Av denne tilnærminga til pasienttilfredsheit følgjer det metodisk at det skulle vere mogleg å måle grader av pasienttilfredsheit/utilfredsheit på ein bipolar kontinuerleg skala.

Fitzpatrick og Williams og forskarmiljøet ved Royal College of Nursing Institute stiller seg derimot kritisk til pasienttilfredsheitomgrepet (4,5,7,8,9,12,16). Dei hevdar at omgrepet ikkje famnar kompleksiteten ved pasienten sine erfaringar og vurderingar. Fitzpatrick tek delvis utgangspunkt i pasienttilfredsheitomgrepet, men dette vert mindre viktig fordi han hevdar at kvar komponent som får tyding ved pasientevalueringar er viktige i seg sjølv. Han freistar ikkje å seie noko om samanhengane mellom komponentane.

I sosiologisk metode er det eit grunnleggjande validitetskrav om at omgrepa brukt i forskinga skal vere festa i daglegtala til dei som vert undersøkt. Både Fitzpatrick, samt Staniszweska og Henderson, fann ved hjelp av kvalitative undersøkingar at pasienttilfredsheitomgrepet sjeldan vart brukt av pasientane sjølve (5,9). Brukarundersøkingar som måler pasienttilfredsheit fyller derfor ikkje kravet om empirisk feste. Williams og forskarmiljøet ved Royal College of Nursing Institute går bort i frå bruken av pasienttilfredsheitomgrepet. Williams påviste eit skilje mellom pasienterfaringar og pasientvurderingar, og forskarmiljøet ved Royal College of Nursing Institute undersøkar nærare korleis desse to omgrepa forhold seg til kvarandre. I motsetnad til Linder Pelz og Pascoe sine teoriar, vert positive og negative vurderingar av helsevesenet sett på som ulike fenomen med ulike bakanforliggjande psykososiale krefter.

Forventingar er kanskje den psykososiale determinanten som har vorte mest diskutert i pasienttilfredsheitslitteraturen. Det er ulike definisjonar og differensieringar av forventingsomgrepet, men her vel eg å bruke omgrepet som ei sekkenemning for ulike

---

<sup>23</sup> Andre teoriar som tek for seg pasient tilfredsheit og utilfredsheit som ulike fenomen : Sjø Bond S, Thomas LH. Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 1992; 17: 52-63. La Monica E.L, Oberst M.T, Madea A.R, Wolf R.M. Development of patient satisfaction scale. *Research in Nursing and Health*. 1986; 9:43-50

oppfattingar pasienten har forut før møtet med helsevesenet. Teoriane til Linder Pelz og Pascoe, samt uoverenstemmelsesmodellen og oppfyltingsmodellen, tek utgangspunkt i at møtte forventingar i stor grad får tyding for om pasienten seier seg tilfreds eller ikkje (10,27). I undersøkingane til Fitzpatrick og Hopkins fann dei lite samsvar mellom forventingar og tilfredsheit (5). Williams hevdar på bakgrunn av litteraturen at samanhengen mellom tilfredsheit og forventingar er usikker, men at det er liten grunn til å hevde at tilfredsheit i stor grad er uttrykk for forventingar. Staniszweska og Henderson fann at pasientane som regel evaluerte utifrå ein basis av forventingar. Teoriane presentert har altså ulike oppfattingar om forventingane si tyding for pasienten si erfaring og vurdering av helsetenesta. I kor stor grad pasienten erfarer og vurderer helsetenesta utifrå forventingar får tyding for tolkninga av resultata ved brukarundersøkingar. Dersom pasienten sine erfaringar og vurderingar i stor grad er bestemt av forventingar, vil responsen på brukarundersøkingane kunne reflektere forventingane meir enn kvaliteten ved helsetenesta. Dersom forventingane og krava til helsetenesta vert urimeleg høge, kan det difor tenkjast at pasienten si misnøye ikkje naudvendigvis bør få følgjer for tenesta. På den andre sida, ville dette også gjelde motsatt. Har pasienten for låge forventingar, vil deira positive evaluering ikkje nødvendigvis vere ein rettmessig ros av tenesta.

#### **4.2 Gjennomslag av kritikken**

Kritikken som har vore retta mot manglande teoretisk grunnlag ved brukarundersøkingar har fått gjennomslag i nyare seriøse undersøkingar. Pasienttilfredsheitomgrepet vert i mindre grad brukt, og det vert i staden spurt meir spesifikt om erfaringane pasienten har hatt i møtet med helsevesenet. Dette er til dømes tilfelle for National Patient Experiences Survey i Storbritannia (7), og for dei norske nasjonale pasienterfaringsundersøkingane gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (31,32,33). Ved å spørje spesifikt om erfaringar kan det tenkjast at dei psykososiale krefter som verkar i omdanninga frå erfaring til evaluering vert unngått, og at responsen på undersøkingane derfor gjev eit meir riktig bilete av pasienten sitt møte med helsetenesta. Dei psykososiale kreftene som verkar i transformasjonen frå erfaringar til vurderingar har vist seg å fremme positive vurderingar og hemme negative (7,8,9,12). Av dette følgjer det at responsen på undersøkingar skulle verte meir negativ dersom ein spør direkte om erfaringar i staden for å måle pasienttilfredsheit. Men trass i at dei norske nasjonale undersøkingane spør om spesifikke erfaringar, viser resultatet på undersøkingane ved somatiske avdelingar eit gjennomsnitt på cirka 80% av maksimalt score, og eit noko høgare gjennomsnitt ved poliklinikkane (13). Når dette vert sett i samanheng med at ytterpunkt i spørjeskjemaet som vert brukt i undersøkingane gjerne er 'svært positive' og 'svært negative' utsegn,<sup>24</sup>(32) følgjer det at 80 prosent av maksimal score må kunne reknast som relativt høgt. Det er rimeleg å stille spørsmål ved om ei årsak til dette relativt positive resultatet kan vere at psykososiale krefter hemmar negative ytringar trass i at det vert spurt spesifikt om erfaringar. Ei mogleg forklaring på dette kan vere at pasientane truleg anerkjenner at spørjeskjemaet sitt føremål framleis er å evaluere tenesta, og at dei difor oppfører seg som om dei gjennomfører ei tradisjonell pasienttilfredsheitsvurdering.

#### **4.3 Metodiske følgjer av teoriane og drøftinga**

I denne avsluttande delen vil eg peike på nokre metodiske og forskingsmessige følgjer av teoriane eg har presentert. Forskinga til Linder Pelz og Pascoe byggjer på to grunnleggjande føresetnadar, nemleg eksistensen av pasienttilfredsheit som ein sjølvstendig og målbart fenomen, samt førestillinga om at positive og negative vurderingar er likearta fenomen. Dette

---

<sup>24</sup> til dømes: "Har du, alt tatt i betrakning, tillit til sykehuset?" Endepunkta på ein 10-delt skala er: "1) Jeg har liten tillit til sykehuset 10) jeg har fullkommen tillit til sykehuset" (32 )

har ved kvalitative undersøkingar vist seg ikkje å vere tilfelle (7,8,9,12). Eg vel derfor å særleg ta utgangspunkt i teoriane som går bort i frå pasienttilfredsheitomgrepet i denne delen.

#### **4.3.1 Behov for betre teoretisk grunnlag**

Kvalitativ metode er hensiktsmessig i ei undersøking av korleis sjølv evalueringsprosessen hjå pasientar går føre seg, slik den kvalitative forskinga omtala i denne oppgåva har freista å gjere. Denne forskinga vil kunne gje konkrete brukarundersøkingar eit teoretisk grunnlag. I denne oppgåva har eg referert til nokre sentrale forfattarar som har gjennomført kvalitativ forskning som har undersøkt korleis pasientane vurderer helsevesenet (5,7,8,9,12). Alt i alt må likevel kvalitativ forskning som undersøker psykososial forhold ved pasientevalueringar sjåast på som marginal i samanlikning med mengda av kvantitative brukarundersøkingar. Teoriane frå Royal College of Nursing Institute er nye (2004-05), og det er behov for fleire kvalitative studiar som kan støtte og utdjupe desse teoriane. I tillegg til individuelle skilnadar kan det også vera kulturelle skilnadar som får tyding for kva psykososiale forhold som verkar i pasientevalueringprosessen. Mykje av den kvalitative forskinga gjort er frå Storbritannia. Det er derfor også eit behov for forskning på psykososiale forhold også i ein norsk kontekst, trass i store likskapar mellom det engelske og norske helsevesenet.

Det trengst særleg meir forskning på korleis metodane best kan famne pasienten sine negative erfaringar og vurderingar. Dette er særleg viktig dersom brukarundersøkingane er meint å vere eit reiskap i ei kvalitetsvurdering, og medverke til ei forbetring av helsetenesta. Som vi såg i oppsummeringa er det ulike oppfatningar om forventingane si tyding for pasienten sin erfaring med helsevesenet. Forskinga er dels sprikande, og forventingane si spesifikke tyding er uklar. Det synest difor å vere eit behov for meir forskning for å undersøke kva tyding forventingar spelar for pasienten sin vurdering av tenesta.

#### **4.3.2 Det er viktig at kvalitative metodar supplerar kvantitative**

I tillegg til at kvalitative metodar er nyttige i danninga av det teoretiske grunnlaget for brukarundersøkingar, vil kvalitative metodar også kunne supplere dei konkrete kvantitative undersøkingane som freistar å finne ut kva erfaring pasienten har med helsevesenet. Dette er blant anna fordi det er halde punkt for at pasientane kjem med fleire negative ytringar ved kvalitative undersøkingar enn kvantitative (4). Som nemnd vert dei fleste brukarundersøkingane gjennomført med kvantitative metodar i form av eit spørjeskjema. I tillegg til å vere ein billeg og lite tidkrevjande metode både for forskaren og pasienten, kan forskaren på bakgrunn av kvantitative undersøkingar seie noko om kva pasientar flest synest om tenesta. Gjennomsnittstal er viktige, men den einskilte pasient si røyst er også viktig. Den einskilte pasient sitt høve til å ytre seg, er ikkje berre eit demokratisk poeng og viktig i seg sjølv. Eg vil dessutan også hevde at det er særtrekk ved den dagens medisinske epidemiologi og trekk ved samfunnet som talar for at kvalitative undersøkingar bør ha ein sterk plass i tillegg til kvantitative undersøkingar. I vestleg medisin har det vore eit historisk skifte frå å handtere akutte sjukdommar, til i stor grad å forhalde seg til pasientar med kroniske sjukdommar. Kroniske sjukdommar krev ei individuell tilnærming, både fordi årsaksforholda som regel er komplekse, men også fordi pasienten lever med sjukdommen over tid. Eit argument som i nyare tid har vore framført som støtte for brukarundersøkingar, og som også vert brukt som argument for gjennomføring av dei norske undersøkingane, er eit terapeutisk argument (15,16). Utgangspunktet for dette argumentet er ei tru på at pasienten vert frisk av å vere aktiv. Dersom dette terapeutiske argument er gyldig, bør metoden brukt i pasientundersøkingane fremje ei slik aktiv pasientrolle. Særleg overfor pasientar med kroniske sjukdommar vil dette vere viktig, då det er for dei kroniske sjukdommane ein kan tenkje seg at det terapeutiske argumentet særleg vil gjelde. Ein kan stille spørjeteikn om eit

spørjeskjema gjer dette? Kvalitative metodar vil kanskje kunne opne opp for ei større deltaking frå pasienten. Eit anna trekk ved samfunnet i dag som også talar for kvalitative undersøkingar, er dei aukande sosiale (34) og kulturelle skilnadene. I heile Norge, og særleg i Oslo, vert folkesetnaden stadig meir mangfaldig. Dette kan også tale for bruk av kvalitative metodar. Eit gjennomsnittsbilete av folkesetnaden si erfaring med helsevesenet seier lite om erfaringa til personar frå mellom anna minoritetsgrupper.

#### **4.3.3 Utvikling av spørjeskjema i lys av kvalitativ forskning**

Teoriane presentert vil kunne få følgjer for utviklinga av spørjeskjema, og vere med på å feste dei i eit teoretisk grunnlag. Her vil eg kort skissere moglege måtar spørjeskjema ta høgde for teoriane presentert, utan at eg dermed presenterer ein fasit. Denne lista er ei oppsummering av kva metodiske følgjer ein kan utleie frå presentasjonen.

- Pasienttilfredsheitsomgrepet vert sjeldan brukt av pasientane sjølv, og det er ingen konsensus om kva omgrepet famnar (4,5,9,12). Det er derfor problematisk å bruke dette omgrepet i målingar.
- Negative og positive vurderingar synest ikkje å vere motsette fenomen.(12,7,8,9) Ein bør derfor unngå å bruke skalaer som ber pasientane rangere aspekt ved helsetenesta etter kor tilfredse/utilfredse dei er (9).
- Der er hensiktsmessig å skilje mellom pasienten sin erfaringar og vurderingar. Pasientar oppsummerar ofte negative erfaringar positivt. Ved å spørje direkte etter erfaring er det mogleg at psykososiale krefter som verkar i evalueringsprosessen vert unngått (12). Det er likevel grunn til å stadig revidere metodane jf. diskusjonen om dei norske pasienterfaringsundersøkingane.
- I og med at det synest å vere haldepunkt for at forventingar kan spele ei rolle for pasienten sin erfaring med helsetenesta, kan ein argumentere for at spørjeskjema bør inkludere spørsmål om pasienten sine forventingar forut for møtet med helsevesenet.
- Psykososiale mekanismar verkar hemmande for negative vurderingar (7, 8, 9,12). Måleinstrumentet bør ta omsyn til dette dersom ein ynskjer å famne negative vurderingar. Dette kan gjerest t.d. ved å legitimere negative vurderingar. For å gjere dette er det foreslått å bruke omgrepet konstruktivt kritikk for å understreke det positive i å få ein kritikk som kan føre til ei forbetring(7,8,9). Å gje pasienten høve til å setje dei negative vurderingane i ein kontekst ved at dei får forklare bakgrunnen til vurderingane, vil kunne gjere det enklare for pasienten å kome med negative vurderingar. Dette kan gjerest t.d. ved bruke av opne spørsmål (7,8,9).
- Ein bør utvikle eigne mål for å famn negative erfaringar. Eit forslag som er lansert er å tale om t.d. ”sense of engagement”(9) å lage måleinstrument som måler dette.

#### **4.4 Avslutning**

Det at brukarundersøkingar vert gjort i eit stort omfang gjer det særleg viktig å vere kritisk til metodane brukt. Forsking og kunnskap om psykososiale forhold som får tyding ved pasientevalueringar, kan medverke til ei auka forståing for at positive svarresultat frå brukarundersøkingar ikkje nødvendigvis inneber at pasienten berre har positive erfaringar med tenesta. Dersom pasienterfaringsundersøkingane verkeleg er grunna i eit ynske om å gje pasienten ei påverknad i helsevesenet, bør helsevesenet streve etter å leggje forholda til rette slik at det verkeleg er pasienten si røyst ein høyrer. Likevel må pasienten ha rett til også å la vere å vurdere helsetenesta, eller å vurdere positivt trass i negative erfaringar. Forskaren derimot, kan ikkje med rette ta for gitt at eit positivt resultat på undersøkinga er det same som om pasienten berre hadde positiv erfaringar med tenesta. Dersom metoden ikkje emnar å gje pasienten høve til å uttrykkje både positive og negative erfaringar/vurderingar i møtet med



helsevesenet, så kan brukarundersøkingane i staden for å medverke til at pasienten vert ein ”involvert bruker med innflytelse” (jf. målsettinga til sosial og helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbetring i sosial og helsetenesta.), heller medverke til å kneble pasienten. Ein får eit skinnendemokrati der pasientar tilsynelatande har høve til å kome med synspunkt, men der metoden i stor grad styrer kva pasienten uttrykkjer.<sup>25</sup> Dette kan ein kanskje i større grad unngå dersom brukarundersøkingar vert gjort både med kvantitative og kvalitative metodar, samt ved at undersøkingane vert betre festa i eit teoretiske grunnlag som tek høgde for psykososiale forhold som påverkar pasienten sin evaluering av helsetenesta.

## LITTERATURLISTE

- 1) Sitza J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11(4):319-328
- 2) Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management* 1999;7:19-28
- 3) Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc. Sci. Med.* 1997;45(12):1829-1843
- 4) Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Soc. Sci. Med.* 1994;38(4):509-516
- 5) Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness* 1983;5(3):297-311
- 6) Hofoss D. Hva vet vi om pasienttilfredshet. Hva kan vi bruke kunnskapen til? *Tidsskr Nor Lægeforen.* 1986;106(14):1188-95
- 7) Edwards C, Staniszewska S, Crichton N. Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociology of Health and Illness* 2004;26(2):159-183
- 8) Staniszewska SH, Henderson L. Patients' evaluations of the quality of care: influencing factors and the importance of engagement. *Journal of Advanced Nursing* 2005;49(5):530-537
- 9) Staniszewska S, Henderson L. Patients evaluations of their health care: the expression of negative evaluation and the role of adaptive strategies. *Patient Education and Counseling* 2004;55:185-192
- 10) Linder Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc. Sci. Med.* 1982;16:577-582
- 11) Thomas LH, Bond S. Measuring patients' satisfaction with nursing:1990-1994. *Journal of Advanced Nursing* 1996;23(4):747-756
- 12) Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc. Sci. Med.*1998;47(9):1351-1359
- 13) [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no) [Heimeside på Internett]
- 14) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Nasjonale pasienterfaringsundersøkelser og kartlegging av dagens situasjon og utviklingsmuligheter framover. Arbeidsnotat januar 2005. Tilgjengeleg på: [www.nettadresse.no](http://www.nettadresse.no)
- 15) Sosial og helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten...og bedre skal det bli. Mai 2005. Tilgjengeleg på: <http://www.shdir.no>

- 16) Humerfeldt K. Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. In: Willumsen E (red): Brukerens medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene. ISBN 82-15-00614-0, Universitetsforlaget 2005, s. 29
- 17) Fitzpatrick R. Satisfaction with health care. In : Fitzpatrick R, Hinton J, Newman S, Scambler G, Thompson J. The experience of illness. ISBN 0-422-78530-X. Tavistock Publications. 1984, s 154-175
- 18) Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc. Sci. Med.*1988;27(6):637-644
- 19) Van Campen, Sixma H, Friele RD, Kerssens JJ, Peters L. Quality of Care and Patient Satisfaction: A review of Measuring Instruments. *Medical Care Research and Review* 1995;52(1):109-133
- 20) Lin B, Kelly E. Methodological issues in patient satisfaction surveys. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1995;8(6):32-37
- 21) Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative Study of Seven Measures of Patient Satisfaction. *Medical Care*, 1995; 33(4): 392-406
- 22) Kirkengen AL. Medisinsk forskning på pasienters erfaringer- strukturerende spørsmål gir verdiløse svar. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1998;118(22):3449-52
- 23) Bond S, Thomas LH. Measuring patient satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 1992;17:52-63
- 24) Hellevik O. Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. ISBN 82-15-00250-1. Universitetsforlaget AS 2002. s 48-54
- 25) Bjarne Berulfsen og Dag Gundersen (red) Fremmedord, Kunnskapsforlagets blå ordbøker. Aschehoug-gyldendal. 1989 Femtende utgave , fjerde opplag. (OBS)
- 26) Hays RD, Ware JE. My medical care is better than yours. *Medical Care*. 1986; 24(6): 519-525
- 27) Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning* 1983;6:185-210
- 28) Linder Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc. Sci. Med.*1982;16:583-589
- 29) Kravitz RL. Patients' Expectations for Medical Care: An Expanded Formulation Based on Review of the Literature. *Medical Care Research and Review* 1996;53(1):3-27
- 30) Svabø A, Bergland Å, Hæreid J. Sosiologi og sosialantropologi for helsearbeidere. ISBN 82-00-45198-4. Gyldendal Norsk Forlag 2000. s 156-157
- 31) Andresen Ø, Garratt A, Groven G, Danielsen K. Pasienterfaringer ved somatiske poliklinikker i Helse Øst, Sør og Midt-Norge- Metodedokumentasjon. PasOpp-rapport 2004 nr 6. Tilgjengeleg på: [http://www.kunnskapssenteret.no/filer/PasOpp\\_nr6\\_2004\\_Final.pdf](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/PasOpp_nr6_2004_Final.pdf)
- 32) HELTEF. Undersøkelse om pasienters erfaring fra sykehusopphold. Spørreskjema somatisk-døgnpasienter. Tilgjengeleg på [http://www.kunnskapssenteret.no/filer/sporreskj\\_soer\\_99999.pdf](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/sporreskj_soer_99999.pdf)
- 33) Garratt A, Bjertnæs ØA, Krogstad U, Gulbrandsen P. Pasienterfaringsinstrumentet PassOpp i somatiske poliklinikker. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005;125(4):421-4
- 34) Barstad A, Ellingsen E og Hellevik O. Sosiale indikatorer 1980-2004: Rikere, og hva så. Statistisk sentralbyrå 15 september 2004. Tilgjengeleg på: <http://www.ssb.no/emner/00/02/30/sosind/index.html>

## APPENDIKS

### ARTIKKEL SØK GJORT<sup>26</sup>:

BASE	SØKEORD	TREFF	Artiklar som oppfylte inklusjonskriteria
Medline	Patient Satisfaction (focus) <sup>27</sup> AND Quality of Health care (focus)	735	92 relevante 30
Medline	Consumer satisfaction(focus) and Quality of Health care(focus)	386	19
Medline	Find similar article funksjon <sup>28</sup> : Williams B. Patient satisfaction: a valid concept. <i>Soc. Sci. Med.</i> 1994; 38(4) : 509-516	400	9
Sociological Abstract	Patients satisfaction	110	5
Cinehal	Quality of Health Care"/ev [Evaluation] and Patient satisfaction	136	10

<sup>26</sup> I byrjinga var det krevjane å finne ei metode for å registrer søk på ein god måte, dermed er denne tabellen ikkje så god som eg kunne ynskje meg.

<sup>27</sup> Focus: er ein søke funksjon som fører til at søkeordet skal vere eit av hovudtema i artikkelen

<sup>28</sup> Ein kan kritisere bruk av ein slik søkefunksjon, då det kan medføre ein skeivheit i utvalet av artiklar. Men samtidig er det ingen tvil om at søkefunksjonen er nyttig, i og med at det er ein lett måte å finne relevante artiklar på.